



LÄNSSTYRELSEN  
I STOCKHOLMS LÄN

Socialavdelningen  
Maria Lindberg  
08-785 4329

BESLUT

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

Stockholms stad  
Socialtjänst- och arbetsmarknadsnämnden  
Fack  
106 64 Stockholm

Socialtjänst- och  
arbetsmarknadsnämnden  
Stockholm  
2009 -12- 21  
Dnr 1.3-0949/2009  
Kansliavd/Registraturet

**Tillsyn enligt 13 kap. 2 § socialtjänstlagen (SoL), av  
behandlingshemmet Krukis/Örnsberg**

**Beslut**

Krukis/Örnsberg uppfyller inte lagstiftningen och dess intentioner i vissa av de delar som tillsynen avser. Länsstyrelsen riktar därför kritik för följande brister<sup>1</sup>.

- Att det saknas behandlingsplan i två av de 10 granskade akterna samt att det, ur de granskade akterna, inte går att utläsa när och hur behandlingsplanen ska följas upp.

I övrigt uppfyller Krukis/Örnsberg lagstiftningen och dess intentioner i de delar tillsynen avser.

Den 20 maj 2009 beslutade riksdagen att tillsynen av socialtjänsten ska föras över från länsstyrelserna och samordnas i Socialstyrelsen från och med den 1 januari 2010. Beslutet innebär att tillsynen över socialtjänsten och länsstyrelsernas tillståndsgivning till enskilda verksamheter enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) förs över till Socialstyrelsen.

Huvudmannen ska därför redovisa till **Socialstyrelsen, Regionala tillsynsmyndigheten, 106 30 Stockholm**, senast den 25 januari 2010 vilka åtgärder som har vidtagits för att komma till rätta med de påtalade bristerna.

Länsstyrelsen avslutar ärendet. Socialstyrelsen kommer att följa upp beslutet under 2010

*För handläggning*

*Eva Sandberg*

*För kändedom*

*Gillis Hammar*

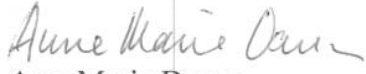
<sup>1</sup> De förhållanden som identifierats vid granskning och som inte överensstämmer med lagstiftning och dess förarbeten, förordning, föreskrifter, allmänna råd, rättspraxis och JO's uttalanden.



**BESLUT**

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

  
AnneMarie Danon  
avdelningschef

  
Maria Lindberg  
socialkonsulent

**Bilaga:**  
Tillsynsresultat

**Kopia:**  
1. Institutionschef, Elisabeth Hjalmarstedt  
2. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet Stockholm



# LÄNSSTYRELSEN I STOCKHOLMS LÄN

Socialavdelningen  
Ulf Modin  
08-785 4073

## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

Stockholms stad  
Socialtjänst- och arbetsmarknadsnämnden  
Fack  
106 64 Stockholm

### Sammanfattning

Länsstyrelsens bedömning är att verksamheten delvis uppfyller lagstiftningen och dess intentioner vad gäller att bedriva en vård med god kvalitet. Bristerna avser behandlingsassistenternas kompetens och att det saknas behandlingsplan i två av de 10 granskade akterna samt att det inte går att utläsa av behandlingsplanen när uppföljning ska ske och hur den ska göras.

Krukis/Örnsberg har ett utarbetat arbetssätt och förhållningssätt för att upptäcka, förebygga och åtgärda missförhållanden i verksamheten. Det finns också dokumenterat i skriftliga instruktioner, rutiner och handlingsplaner.

Krukis/Örnsberg har rutiner och arbetssätt för att tillvarata klienternas synpunkter.

Krukis/Örnsberg har ett individuellt behandlingsprogram som ger klienten möjlighet till delaktighet.

Krukis har förutsättningar för att uppfylla klienternas behov av hälso- och sjukvård.

Krukis/Örnsberg uppmärksammar barns och närståendes situation.

Krukis/Örnsberg uppfyller lagstiftningen och dess intentioner när det gäller samverkan med andra aktörer.

### Bakgrund till tillsynen

Regeringen har gett Socialstyrelsen och länsstyrelserna i uppdrag att öka antalet tillsynsinsatser samt utveckla tillsynen av missbruks- och beroendevården under 2008-2010. Tillsynen syftar till att öka säkerheten, kvaliteten och likvärdigheten i de vård- och behandlingsinsatser som kommuner och landsting tillhandahåller. De brister och missförhållanden som påtalas i huvudmännens verksamhet ska åtgärdas enligt en tidsplan som beslutas och följs upp av länsstyrelsen. All genomförd tillsyn ska sammanställas i en för länsstyrelserna och Socialstyrelsen gemensam rapport som överlämnas till regeringen den 1 mars 2011.

En del av regeringens uppdrag handlar om att utöva verksamhetstillsyn av samtliga HVB/behandlingshem som erbjuder frivillig institutionsvård.

I tillsynen har länsstyrelserna att besvara följande nyckelfrågor:

#### Postadress

Länsstyrelsen i Stockholms län  
Socialavdelningen  
Box 22067  
104 22 STOCKHOLM

#### Besöksadress

Hantverkargatan 29

#### Telefon

08-785 40 00 (vxl)

#### Fax

08-652 7039

#### E-post/webbplats

social.stockholm@lansstyrelsen.se  
www.lansstyrelsen.se/stockholm



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

- Bedrivs vården med god kvalitet när det gäller personalens kompetens, system för kvalitetssäkring, dokumentation samt metoder?
- Finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda missförhållanden i verksamheten?
- Är klienten delaktig i planering och uppföljning och har möjlighet att påverka behandlingen?
- Får klienten sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda under placeringen?
- Hur uppmärksammas barns och närståendes situation?
- Finns brister i samverkan som innebär att personer med missbruk eller beroende inte får sina vårdbehov tillgodosedda?

### Tillvägagångssätt

Länsstyrelsen genomförde den 1 oktober 2009 besök på Krukis behandlingshem. Inför besöket har verksamheten bl. a. skickat in följande material: En verksamhetsberättelse, en kvalitetsmatris, utdrag ur verksamhetsplan, en verksamhetsbeskrivning, regler, skriftliga rutiner om bl. a. hot och våld och sexuella övergrepp och självskadebeteende, överenskommelser vid inskrivning och rutiner för dokumentation.

Föreståndaren har på Länsstyrelsens begäran besvarat två enkäter; en innehållande frågor om bl.a. verksamhetens system för att säkra kvaliteten i verksamheten, antalet anställda och personalens behov av kompetensutveckling och en med frågor om hälso- och sjukvård.

Vid besöket genomfördes fyra intervjuer: En intervju med institutionschef, bitr. institutionschef, chefssjuksköterska och läkare, en intervju med tre ur behandlingspersonalen, och två klienter var för sig. Länsstyrelsen granskade 10 journaler. Vid besöket gjordes även en rundvandring för att se behandlingshemmets lokaler.

Efter besöket har två socialsekreterare som har haft klienter placerade på Krukis intervjuats per telefon.

Vid tillsynen har intervjuguider, enkäter och mall för aktgranskning använts. Detta material har tagits fram av en nationell projektgrupp med representanter för olika länsstyrelser.

Föreståndaren har kommunicerats Länsstyrelsens sammanställning av tillsynsresultaten och inkommit med synpunkter.



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

Tillsynen genomfördes gemensamt med Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet. Socialstyrelsen granskade Krukis/Örnsbergs hälso- och sjukvårdsinsatser. Socialstyrelsens iakttagelser redovisas i särskilt beslut.

Vid en brukarhearing som arrangerades av Länsstyrelsen i januari 2009 lyftes följande kriterier fram som viktiga för en god kvalitet på vård- och behandlingsinsatser: personalens kompetens, bemötandet – att bli sedd som en unik individ, bra planerad utsluss från behandlingshem samt att uppföljning görs av behandlingens effekter. Länsstyrelsen har i tillsynen uppmärksammat dessa kriterier.

### Verksamhetsbeskrivning

Krukis/Örnsberg är ett offentligt drivet behandlingshem beläget i Örnsberg, Stockholms stad. Huvudman är socialtjänst- och arbetsmarknadsnämnden i Stockholms stad. Verksamheten har 25 platser för män och kvinnor i åldrarna 20 till 65 år. Målgruppen är personer med samsjuklighet avseende missbruk/beroende och psykisk sjukdom/störning.

Verksamheten bedrivs i samverkan med landstingets beroendevård.

Krukis/Örnsberg hade vid tillsynstillfället 22 personer inskrivna, varav 5 kvinnor. Medianåldern vid tillsynstillfället var 39 år. Verksamheten tar emot placeringar från socialtjänst, kriminalvården, LVM §27 och LPT- och LRV-permissioner. Genomsnittlig vårdtid de senaste 12 månaderna är 149 dagar. Av alla inskrivna under de senaste 12 månaderna har 40% fullföljt vården i enlighet med behandlingsplanen.

Behandlingen på Krukis/Örnsberg syftar till att klienten ska återta makten över sitt liv och få en ökad delaktighet i samhället. Krukis arbetar för att klienten ska,

- må bättre fysiskt och psykiskt,
- bli drogfri, alternativt minimera återfall och
- lära sig färdigheter för fortsatt liv med ökad självständighet.

Viktiga inslag i behandlingen är motivationsarbete utifrån MI (Motivational interviewing), jagstödande samtal, återfallsprevention, funktionsträning. Det stora flertalet av klienterna medicinerar med psykofarmaka.

### Redovisning av tillsynen

#### Kvalitet

Länsstyrelsens fokus för granskningen är om vården bedrivs med god kvalitet när det gäller personalens kompetens, system för kvalitetssäkring, dokumentation samt metoder.



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

### **Tillämplig lagstiftning**

#### *3 kap 3 § SoL*

*"Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras."*

#### *7 kap. 2 § SoL*

*"Tillstånd att bedriva sådan verksamhet som avses i 1 § får beviljas endast om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet."*

#### *11 kap. 5 § SoL*

*"Handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Handlingar som rör enskildas förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem."*

#### *3 kap. 5, 12 §§ socialtjänstförordningen*

*SOSFS 2003:20 (S) "Hem för vård eller boende", 2 kap 1,2 §§, 4 kap. 1-4 §§, 5 kap. 1 §*

*SOSFS 2006:5 (S) "Dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS", 1 kap. 1,2 §§, 6 kap. 1,2 §§*

*SOSFS 2006:11 (S) "Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS."*

### Personal

Verksamhetsledaren (föreståndaren) är socionom och har mer än 30 års erfarenhet av att arbeta med liknande arbete och har vidareutbildningar i chefs- och ledarskap. Krukis/Örnsberg har också en vikarierade biträdande verksamhetsledare som har mentalskötartutbildning, och case-manager utbildning. Vidare har hon tagit ett så kallat chefskörkort (internutbildning inom Stockholms stad). Även hon har mer än 30 års erfarenhet av liknande arbete.

Verksamheten har sju behandlare anställda varav en är behandlingsansvarig. Alla utom en, som har en behandlingsassistentutbildning, har högskoleutbildningar. Två är socionomer, två har studerat psykologi, en är socialpedagog och en beteendevetenskap. Alla har mer än fem års erfarenhet av liknande arbete. Tre har vidareutbildat sig till steg 1 kompetens, två av dem med inriktning KBT (kognitiv beteendeterapi) och en med psykodynamisk inriktning.



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

Krukis/Örnsberg har också sex behandlingsassistenter anställda, varav tre arbetar natt. Två av dem har undersköterskeutbildning och en är mentalskötare. Tre av behandlingsassistenterna har ingen grundutbildning i socialt vård- och behandlingsarbete. De har alla lång erfarenhet av liknande arbete från fem år upp till 30 år. Fyra har gått vidareutbildningar bl. a. Case manager, kriminalvårdsutbildning, miljöterapiutbildning.

Verksamheten har också en legitimerad arbetsterapeut anställd på heltid. I verksamheten finns också tre landstingsanställda sjuksköterskor på två tjänster och en landstingsanställd psykiater. Psykiatern är tillgänglig för konsultation dagligen och har mottagning för patienter en eftermiddag i veckan.

Bemanningen i verksamheten dagtid är tre till sex behandlingspersonal plus sjuksköterska och arbetsterapeut. Kvällstid är det tre till fyra i tjänst och två på natten. På helgerna är det två till tre personer i tjänst dagtid och två på natten.

Institutionschefen har ett utvecklingssamtal med alla medarbetare varje år. Där förs anteckningar om vilken fortbildningen var och behöver, men det är inte alltid att fortbildningsplanen finns i ett separat dokument.

Personalen har extern handledning 1 ½ timme per vecka. Dessutom har de som arbetar med KBT egen handledning och de som arbetar med MI har handledning av en psykolog från Karolinska institutet.

All personal har genomgått en kortare MI-utbildning och flera av behandlarna har 5 högskolepoäng i KBT.

För att integrera MI i verksamheten är de med i ett MI-projekt via Karolinska institutet. Personalen skickar in MI-samtal för kodning. Två behandlare är godkända av Karolinska institutet som MI-behandlare. De håller i en internutbildning en gång i veckan med övrig personal.

Nyanställd personal går en obligatorisk introduktionsutbildning. Den nyanställda går också bredvid behandlingsansvarig en tid för att lära sig arbetet. Verksamheten uppger att de har haft liten personalomsättning.

I intervjun med personalen framkommer att de är nöjda med den fortbildning de erbjuds. De tror dock inte att det finns skriftliga fortbildningsplaner, men säger att utbildningsbehovet går igenom på medarbetarsamtalet.

Av de två intervjuade klienterna anser en att det är för lite personal på helgerna, den andra däremot tycker att det är för mycket personal. En klient tycker att personalen har lämplig kompetens, den andra att de flesta har det.



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

Av de intervjuade socialsekreterarna anser den ene att bemanningen är tillräcklig och att kompetensen är bra utifrån den behandling Krukis erbjuder. Den andre anser sig inte kunna bedöma detta.

### System för kvalitetssäkring

Det finns uppföljningsbara mål framtagna för verksamheten, vilka dokumenteras i verksamhetsplanen och i en kvalitetsmatris. Av kvalitetsmatrisen framgår t.ex. vilka tjänster som erbjuds, kvalitetsfaktorer för verksamheten, vilka insatser/aktiviteter man åtar sig att utföra för att uppnå kvalitetsfaktorerna samt hur uppföljning ska ske. Hela personalgruppen deltar i arbetet att följa upp verksamhetsplanen och kvalitetsmatrisen. Detta sker en gång per år.

För att mäta behandlingens resultat och effekter har verksamheten infört en utvärderingsmetod som bygger på MAPS, ( Monitoring area and phase system) men eftersom den nyligen har introducerats har man ännu ej kunnat utläsa några resultat. Vid utskrivning får klienten också fylla i en "Nöjd kund" blankett. Verksamheten har dock ingen systematisk uppföljning av hur det går för klienter efter avslutad behandling.

Verksamheten har under 2008 genomfört två klientenkäter, de ena avsåg uppföljning av kvalitetsmatrisens kännetecken och i hur grad klienterna instämde med dessa påståenden. Den andra avsåg "Nöjd kund", det vill säga om klienten upplevde att de fått den hjälp man skrevs in för och hur de blivit bemötta av personalen. 100 % var nöjda med bemötandet och 85% ansåg att de fått den hjälp de förväntat sig.

Krukis/Örnsberg har rutiner för att hantera klagomål och synpunkter. Klienterna ges möjlighet att ta upp synpunkter på morgonmötet. De kan också ta upp synpunkter med sin kontaktperson eller direkt med institutionschefen. Verksamheten har också en förslagslåda där klienterna kan lämna synpunkter.

Institutionschefen känner till de nationella riktlinjerna. Verksamheten har arbetat med att implementera riktlinjerna i verksamheten. Personalen har läst och gått igenom avsnittet om samsjuklighet. Det finns en utvecklingsgrupp som har ansvar för detta.

I intervjun med personalen framkom att de känner sig delaktiga i kvalitetsarbetet. De svarar att kvalitetsmatrisen följs upp kontinuerligt på personalmöten och att den revideras två gånger per år.

I intervjuerna med klienterna framgår att alla anser att de kan framföra klagomål och synpunkter direkt till personalen.





## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

Ingen av de intervjuade socialsekreterarna känner till om och i så fall hur Krukis/Örnsberg säkrar kvalitén i behandlingen. De känner inte heller till om verksamheten har utvärderat behandlingens resultat.

### Dokumentation

Krukis/Örnsberg har ett journalföringssystem som är gemensamt för Stockholms stads verksamheter, ALP. Systemet innehåller alla delar som behövs för att ha en korrekt journalföring.

En journal finns upprättad för varje inskriven klient, både data- och pappersjournal finns. På ett "försättsblad" finns rubriker för uppgift om: namn, kön, civilstånd, adress, telefon, beslut (lagrum), ansvarig nämnd, handläggare, uppdrag start (inskrivningsdag), utskrivningsdag, ekonomi/försörjning, medborgarskap, uppgift om anhörig.

Krukis/Örnsberg har skriftliga rutiner för journalföring i verksamheten.

I verksamheten har man börjat använda MAPS-In, en strukturerad intervjuform, som underlag för behandlingsplanering och en särskild mall finns för detta. Efter genomförd MAPS ska en behandlingsplan upprättas (särskild framtaget formulär/mall finns). Behandlingsplanen innehåller de livsområden som finns i MAPS, mål/delmål inom respektive område samt åtgärd/behandling. Vid uppföljning och revidering av behandlingsplan finns ett framtaget formulär/mall för det som benämns "uppföljning behandlingsplan".

Inför inskrivning eller första mötet med klienten används ett formulär med givna frågor, "Infosamtal Krukis", som innehåller frågor om klientens sociala situation, fysisk/psykisk hälsa, uppdraget, klientens mål, en riskbedömning av vålds- och självskadebeteende.

Länsstyrelsen granskade 10 slumpmässigt valda akter för personer varav fyra är i pågående behandling. Av de 10 granskade akterna var det tre kvinnor och sju män. Både datajournal och pappersjournal granskades.

Kopia på socialnämndens utredning finns inte i någon av journalerna. Kopia eller sammanfattning av socialnämndens vårdplan finns i fyra av journalerna. I samtliga granskade journaler finns informationen som ges vid inskrivning benämnd "överenskommelse vid inskrivning" undertecknad av klienten.

I åtta av journalerna finns även ett dokument benämnd "akutplan för boende på Krukis", vilket innehåller uppgifter om hur personalen ska bemöta klienten och agera vid risksituationer som t.ex. återfall, akut försämrad psykisk hälsa.

I åtta av de granskade akterna finns behandlingsplaner baserade på MAPS-IN, där framgår vilka olika delar/insatser som ingår i behandlingen, mål för dessa, hur



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

insatser ska genomföras, på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande och när planen fastställdes. När och hur planen ska följas upp saknas dock. I en journal finns en behandlingsplan rubricerad tillfällig b-plan. Den behandlingsplanen baseras på och uppges ha sin utgångspunkt från en inventering av klientens förmåga (ADL) som arbetsterapeuten gjort (ett formulär benämnt "Min mening om min miljö/omgivning"). Planen innehåller mål för insatsen, men saknar konkretisering av vad behandlingen ska innehålla. I en journal finns behandlings-/arbetsplan upprättad av socialtjänsten, där framgår mål för insatsen samt datum för när planen fastställdes. Fyra av behandlingsplanerna är underskrivna av klienterna. På en behandlingsplan står noterat att klienten vägrar skriva på papper (kontaktpersonens notering).

I samtliga journaler framgår när insatsen påbörjades och avslutades och när behandlingsplanen upprättades. I samtliga journaler finns löpande anteckningar över hur behandlingen fortskrider och över händelser/åtgärder av vikt. På vilket sätt den enskilde utövat inflytande över genomförandet framgår.

I sex av journalerna går att utläsa vad som uppnåtts i förhållanden till de uppsatta målen för insatser och om den enskildes behov förändrats. I två av journalerna har uppföljning av insatsen ännu inte varit aktuellt (inskrivna i augusti/september 2009).

Av journalerna framgår att man vid inskrivning frågar efter barn och närstående samt om samtycke till att kontakt tas. Det finns en flik i datajournalen benämnt personligt nätverk där man noterar uppgifter om klientens professionella och privata nätverk.

Den samverkan som skett med nätverket och andra myndigheter finns dokumenterat. Även nätverksmöten/samverkansmöten och handledningstillfällen, dvs. möten där klienten inte närvarat/deltagit finns dokumenterat i personakten

I intervjun med personalen framkommer att de försöker föra journaler enligt de regler som finns i lagstiftningen, att de håller klienter underrättade om vad som skrivs om honom/henne, att de upprättar behandlingsplaner och att de följs upp och revideras vid behov.

Av de intervjuade klienterna svarar båda att det finns en skriftlig plan, den ene har också tagit del av planen genom att ha läst den. Den ene säger också att planen följts upp och reviderats, den andre säger att det är inplanerat ett möte för att revidera planen.

Av socialsekreterarna svarade båda att det finns en behandlingsplan alternativt uppdrag som socialtjänsten ansvarar för och att den revideras och följs upp kontinuerligt.



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

### Metod

Behandlingen är utformad utifrån klientens individuella förutsättningar och behov. Behandlingen betonar individuella ickekonfrontativa jagstödande förhållningssätt. Det är ett ständigt pågående motivationsarbete utifrån MI, där samtal med kontaktpersonen utgör basen.

Andra behandlingsinslag är återfallsprevention, både individuellt och i grupp. Det erbjuds även öronakupunktur, avslappning, massage och taktil beröring. Men erbjuder också skapande icke verbala inslag, som bildgrupp, sygrupp, musikcirkel och hobbyarbeten.

Verksamheten har strukturerade intervjuer, beteendeanalyser med uppföljning och skattningsskalor används där det är lämpligt. Det finns även möjlighet till individuell kognitiv terapi.

De flesta medicineras med adekvat psykofarmaka. Socialkurativa insatser, nätverksarbete och anhörigkontakt ingår i arbetet.

För att uppmärksamma mäns och kvinnors specifika behov har Krukis/Örnsberg en speciell kvinnokorridor, men pga. platsbrist kan även män komma att placeras där. Det finns även riktlinjer från förvaltningen att kvinnliga klienter ska ha en kvinnlig kontaktperson och det ska vara en kvinna med vid urinprovstagning.

Personalen känner sig väl förtrogen med de metoder och arbetssätt som finns på Krukis/Örnsberg.

Båda klienterna kan beskriva vad de får för insatser på Krukis/Örnsberg och är nöjda med innehållet. Den ene önskar sig dock att han kunde få hjälp att lära sig laga mat.

De intervjuade socialsekreterarna har valt behandlingshemmet utifrån behovet som klienten har och utifrån vad hemmet kan erbjuda.

### **Länsstyrelsens bedömning**

#### Personal

Att all personal inom missbruksvården har rätt kunskaper och kompetens är en viktig kvalitetsfråga för den enskilde. Det är viktigt att det finns en planering för att alla medarbetare har en grundläggande lägsta kompetens för sina arbetsuppgifter.

Länsstyrelsens bedömning är att institutionschefen har adekvat högskoleutbildning och lämplig erfarenhet för arbetet som föreståndare. Även behandlarna har lämplig kompetens och erfarenhet för att utföra arbetet i enlighet med de behandlingsmetoder som används i verksamheten. Alla utom en har adekvat högskoleutbildning, den som inte har det har en

## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

behandlingsassistentutbildning. Alla har lång erfarenhet och vidareutbildning i de metoder som används i behandlingen.

Länsstyrelsen ser det som en brist att tre av behandlingsassistenterna saknar grundutbildning med inriktning vård och behandling. Länsstyrelsen menar dock att detta kompenseras av att de tre personerna har lång yrkeserfarenhet samt har fått tillgång till intern utbildning och externa kurser.

Länsstyrelsen vill betona vikten av att verksamheten vid framtida rekryteringar uppfyller lagstiftningens krav på att även behandlingsassistenterna har lämplig utbildning och erfarenhet för att utföra arbetet. Länsstyrelsen vill också poängtera vikten av skriftliga fortbildningsplaner för varje enskild medarbetare för att säkra behovet av vidareutbildning.

### Kvalitetssystem

Länsstyrelsens bedömning är att Krukis/Örnsberg har en metodik för att på ett systematiskt sätt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Uppföljningsbara mål för verksamheten finns fastställda och dokumenterade i en s.k. kvalitetsmatris. Det finns rutiner för uppföljning och utvärdering av hur kvalitetsarbetet bedrivs och personalen är delaktig i detta arbete.

Verksamheten har också infört ett system för att mäta behandlingens effekter, som bygger på MAPS. Men eftersom systemet nyligen införts har verksamheten ännu inte kunnat redovisa några resultat.

Rutiner finns för att systematiskt hämta in och ta tillvara på klienternas synpunkter på vården och verksamheten.

### Dokumentation

Länsstyrelsens bedömning är att dokumentation i stort sett sker i enlighet med gällande lagstiftning, men att det finns en del brister.

Det saknas behandlingsplan i två av de 10 granskade akterna samt att det inte går att utläsa av behandlingsplanen när uppföljning ska ske och hur den ska göras. I sex av de 10 granskade akterna fanns dock dokumentation om uppföljning, och i två av akterna framkom det att klienten varit så kort tid i behandling att uppföljning inte varit aktuell. Länsstyrelsen anser att Krukis/Örnsberg behöver arbeta för att upprätta behandlingsplaner för alla klienter och även ta med i planen när och hur den ska följas upp.

### Metod

Länsstyrelsens bedömning är att Krukis/Örnsberg har en genomarbetad och genomtänkt metod för att behandla den målgrupp de tar emot. Verksamheten har



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

också gått igenom och börjat implementera de nationella riktlinjerna i verksamheten.

Riktlinjerna förespråkar att behandlingen av beroendet och den psykiatriska problematiken sker samtidigt och under samordnade former. Samverkan mellan Krukis/Örnsberg och landstingets beroendevård kan ses som ett bra exempel på detta.

Länsstyrelsen anser vidare att Krukis/Örnsberg uppmärksammar mäns och kvinnors behov i vården i och med att de har uppmärksamhet på kvinnors speciella behov och har en kvinnokorridor. Kvinnliga klienter har också kvinnliga kontaktmän och det är en kvinna som övervakar urinprovstagningen.

### Säkerhet

Länsstyrelsens fokus för granskningen är om det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda missförhållanden i verksamheten.

### Tillämplig lagstiftning

7 kap.2 § SoL

*"Tillstånd att bedriva sådan verksamhet som avses i 1 § får beviljas endast om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet."*

3 kap. 3, 15 §§ socialtjänstförordningen

SOSFS 2003:20 (S) *"Hem för vård eller boende"*, 2 kap. 1 §, 3 kap. 1 §

SOSFS 2006:11 (S) *"Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS."*

Krukis/Örnsberg möter den risksituation som finns när klienter vårdas tillsammans med hög personaltäthet och en arbetsmetod som bygger på icke konfrontativt bemötande. Institutionschefen menar att verksamheten har hög beredskap för att hantera svåra situationer.

Verksamheten har ett dokument som heter "Att tänka på i situationer av hot och våld." Detta dokument beskriver både förebyggande förhållningssätt och hur man ska agera om något inträffat. De har också ett dokument som heter "Vett och etikett" "Uppförandekoder" på Krukis/Örnsberg" som är sammanställt efter diskussioner om etik. Verksamheten har också skriftliga säkerhetsföreskrifter och rutiner, som beskriver hur personalen ska agera i olika situationer.

För att förhindra att droger och alkohol kommer in på Krukis/Örnsberg tar verksamheten regelbundna urinprov och utandningsprov på patienterna. Verksamheten har också en porttelefon vid inpassering så att personalen kan göra en bedömning om personen är nykter. Personalen går ronder i lokalerna båda

**Tillsynsresultat**Datum  
2009-12-16Beteckning  
7012-09-57368

dagtid och nattetid för att ha uppmärksamhet på om det finns alkohol eller droger i verksamheten. Alla klienter har en skriftlig akutplan som beskriver vad som ska göras vid ex. återfall. Verksamheten har skriftliga rutiner för hur de ska agera om det kommer in alkohol eller droger i verksamheten eller om någon skulle vara påverkad.

Krukis/Örnsberg uppger att det aldrig förekommit sexuella övergrepp i verksamheten. Det finns skriftliga rutiner för hur man ska agera om sexuella övergrepp inträffat.

För att förebygga och förhindra att patienterna skadar sig själv har personalen frågor om detta till patienten vid inskrivningssamtalet och man gör en riskanalys. Verksamheten har skriftliga rutiner för hur man ska agera om en klient har skadat sig själv.

För att förebygga och förhindra att det i verksamheten förekommer fysisk misshandel menar Krukis/Örnsberg att den välutbildade personalen och bemötandet gör att risken för att det ska uppstå fysiskt våld minimeras. Vid misstanke om fysiskt våld pratar personalen med de inblandade. Verksamheten har skriftliga rutiner om hur man ska agera om fysiskt våld inträffat.

Krukis/Örnsberg har ett aktivt arbetssätt för att förhindra psykisk misshandel och mobbing man tar upp de här problemen med klienterna som en del i behandlingen. Verksamheten har skriftliga rutiner för hur man ska agera om psykiskt våld eller mobbing inträffat.

Det finns skriftliga ordningsregler i verksamheten. Klienterna får information vid informationsbesöket. De får också skriva under att de tagit del av reglerna.

I intervjun med både ledningen och personalen framkommer att de anser att lokalerna är bra och ändamålsenliga. Verksamheten har möjlighet att ta emot funktionshindrade.

De två intervjuade klienterna känner sig trygga på Krukis/Örnsberg. De säger sig inte veta om det inträffat någon allvarlig händelse i verksamheten. De känner till vad som sker om man är påverkad och/eller om det kommer in droger eller alkohol i verksamheten. De vet att det finns ordningsregler i verksamheten och att de är rimliga. Klienterna svarar att de tycker lokalerna är trivsamma och ändamålsenliga. En av klienterna saknar dock egen toalett.

Den ene intervjuade socialsekreteraren svarar att Krukis/Örnsberg arbetar bra för att inte droger och alkohol kommer in i verksamheten. Den andre har ingen uppfattning. Båda tycker att behandlingshemmet utgör en trygg miljö för klienterna, men vet inte om det finns skriftliga rutiner för att förebygga och



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

förhindra att det inträffar allvarliga händelser på behandlingshemmet. Den ene svarar att lokalerna verkar bra och den andre har ingen uppfattning om det.

### Länsstyrelsens bedömning

Länsstyrelsens bedömning är att Krukis/Örnsberg har ett upparbetade arbetssätt och förhållningssätt för att upptäcka, förebygga och åtgärda missförhållanden i verksamheten. Det finns också dokumenterat i skriftliga instruktioner, rutiner och handlingsplaner.

### Delaktighet

Frågeställningen för länsstyrelsens granskning är om klienten är delaktig i planering och uppföljning och har möjlighet att påverka behandlingen.

### Tillämplig lagstiftning

*1 kap. 1 § 3:e stycket SoL*

*"Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet".*

*3 kap. 5 § SoL*

*"Socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar."*

*11 kap. 6 § SoL "Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet. Den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne. Om den enskilde anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig ska detta antecknas."*

*3 kap. 3 § socialtjänstförordningen*

*SOSFS 2003:20 (S) "Hem för vård eller boende", 5 kap. 1 §*

Krukis/Örnsberg har ett individuellt anpassat behandlingsprogram. Verksamheten upprättar en behandlingsplan i samråd med klienten. Klienterna deltar vid nätverksmöten och samverkansmöten med socialtjänsten.

Klienterna ges möjlighet att lämna synpunkter på verksamhetens innehåll på olika möten. Varje dag har man morgonmöten och en gång i veckan har man stormöte. Klienten kan också framföra synpunkter direkt till personalen, sin kontaktman eller direkt till institutionschefen.

De intervjuade klienterna svarar att de anser att de kan påverka utformningen av vården. De har fått information om vart de kan vända sig om de har klagomål eller synpunkter på verksamheten. Det forum som man säger sig använda sig av är



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

morgonmötet. De svarar båda att de varit med och påverkat planeringen och utformningen av de insatser de behövt. En av klienterna svarar att personalen lyssnar och den andre att de lyssnar till en viss del.

De intervjuade socialsekreterarna svarar att Krukis/Örnsberg arbetar på ett sådant sätt att klienten ges möjlighet att påverka utformningen av behandlingen. De svarar också att verksamheten tar hänsyn till klienternas synpunkter och önskemål och att klienterna deltar vid uppföljningen av behandlingsplanerna.

### Länsstyrelsen bedömning

Länsstyrelsens bedömning är att Krukis/Örnsberg har ett individuellt behandlingsprogram som ger klienten möjlighet till delaktighet. Verksamheten har vidare arbetssätt och rutiner för att tillvarata klienternas synpunkter och klagomål.

### Hälsa

Nyckelfrågan för länsstyrelsens granskning är om klienten får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda under placeringen.

### Tillämplig lagstiftning

*3 kap. 6 §, andra och tredje stycket socialtjänstförordningen*

*"Hem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel bör ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet.*

*Dessutom bör hem som avses i denna bestämmelse ha tillgång till psykologisk expertis."*

*SOSFS 2003:20 (S) "Hem för vård eller boende", 2 kap. 1 §*

Krukis/Örnsberg har ett samverkansavtal med landstingets beroendevård. Landstinget har tre anställda sjuksköterskor som är lokaliserade och integrerade i verksamheten. Landstinget har också en psykiater knuten till verksamheten. Hon är tillgänglig för konsultation dagligen och har mottagning för patienter en eftermiddag i veckan. På Krukis kan personalen ta blodtryck och temp, övrig provtagning hänvisas till den lokala vårdcentralen.

Verksamheten tycker att de har en bra kontakt med den lokala vårdcentralen och med Maria Hållpunkt för de bostadslösa klienterna.

Inför inskrivning eller första mötet med klienten används ett formulär med givna frågor, "Infosamtal Krukis", innehåller bl. a. frågor om klientens fysisk och psykisk hälsa. Hälsa ingår i MAPS. Hälsan följs därefter upp regelbundet av sjuksköterska och kontaktperson. Den fysiska hälsan ingår i motivationsarbetet då en del inskrivna klienter inte vill ha somatisk vård trots att de behöver detta.





## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

När det gäller tandhälsan tar kontaktpersonen alltid upp det med klienten i kontaktmannasamtalen.

Den ene av de intervjuade klienterna tycker inte att man pratat om den fysiska hälsan eller om behovet av tandvård. Han har fått avslag på tandvård från socialtjänsten. Men han har i alla fall givits möjlighet till friskvård. Den psykiska hälsan har de samtalat om och han tycker att han till viss del fått hjälp. Den andre klienten är överlag mycket nöjd med den hjälp han fått när det gäller hälsan, både den fysiska och psykiska.

De intervjuade socialsekreterarna svarar att Krukis/Örnsberg tillvaratar klientens behov av hälso- och sjukvård.

### Länsstyrelsens bedömning

Länsstyrelsens bedömning är att Krukis/Örnsberg har förutsättningar för att uppfylla klienternas behov av hälso- och sjukvård.

### Barn och närstående

Länsstyrelsens fokus för granskningen är att uppmärksamma hur barnperspektivet i lagstiftningen tillämpas och undersöka hur närståendes situation uppmärksammas.

### Tillämplig lagstiftning

#### 1 kap. 2 § SoL

*"När åtgärder rör barn skall det särskilt beaktas vad hänsynen till barnet bästa kräver. Med barn avses varje människa under 18 år."*

#### 6 kap. 1 § andra och tredje stycket SoL

*"Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård. Vården bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön."*

#### 14 kap. 1 § SoL

*"Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till nämnden."*

Krukis säger att det är sällsynt att de inskrivna har umgängesrätt/vårdnad i de fall de har barn. Verksamheten uppger att det går att ta emot barn i verksamheten men att man försöker undvika det. Om det ändå sker ska det finns en plan för hur man agerar om det inte fungerar. Helst ska också vårdnadshavaren vara med och barnet ska inte sova över. Besök av barn görs upp individuellt, om det finns klienter inskrivna som utgör en säkerhetsrisk kan man utifrån barnets behov av trygghet säga nej till besök. Verksamheten uppmuntrar hellre till möten utanför



behandlingshemmet. Krukis/Örnsberg frågar alltid om de inskrivna klienterna har barn och dokumenterar detta.

Närmast anhörig dokumenteras alltid. Om verksamheten arbetar med de anhöriga beror på hur inblandad personen är. Krukis har inga anhörigprogram eller systematiska träffar. Ofta har även anhöriga egna problem som Krukis/Örnsberg inte kan behandla, verksamheten försöker istället hänvisa de anhöriga till stödorganisationer.

Ledning och personal känner till reglerna om anmälningskyldighet enligt 14 kap 1 § socialtjänstlagen.

En av de intervjuade klienterna tycker att behandlingshemmet är en bra miljö för att ta emot barn och den andre tycker inte det. Ingen vet om det finns några speciella regler. Ingen av dem har egna barn. Den ena svarar att hans mamma varit på besök och den andre att ingen närstående gjorts delaktig i behandlingen.

En av de intervjuade socialsekreterarna svarade att de tog upp både barns och en anhörigs situation vid planeringen, men har ingen möjlighet att bedöma om lokalerna är utformade så att de utgör en trygg miljö för de barn som vistas där. En annan tar upp, att med det klientel som finns i verksamheten, bör inte barn vistas där.

### **Länsstyrelsens bedömning**

Länsstyrelsen bedömning är att Krukis/Örnsberg har ett behandlingsprogram och arbetssätt som är fokuserat på klienten, man arbetar inte aktivt med de närstående eller barnen. Länsstyrelsen ser det inte som en brist eftersom verksamheten gör en kartläggning av personens nätverk och att man har fokus på barnets behov vid besök på hemmet, även om det kan innebära att klienten inte kan ta emot besök av barnet pga. säkerhetsskäl. Krukis/Örnsberg hänvisar även anhöriga till olika stödprogram där de kan få stöd.

### **Samverkan**

Nyckelfrågan i länsstyrelsens granskning har varit att undersöka om det finns brister i samverkan som innebär att personer med missbruk eller beroende inte får sina vårdbehov tillgodosedda.

### **Tillämplig lagstiftning**

3 kap. 5 § SoL

*"Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar."*

6 kap. 1 § andra och tredje stycket SoL



## Tillsynsresultat

Datum  
2009-12-16

Beteckning  
7012-09-57368

*"Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård. Vården bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön."*

*6 kap. 4 § SoL*

*"Vård i familjehem eller hem för vård eller boende ska bedrivas i samråd med socialnämnden"*.

*3 kap. 4 § socialtjänstförordningen*

*SOSFS 2003:20 (S) "Hem för vård eller boende", 5 kap. 1 §*

Krukis/Örnsberg har som tidigare sagts ett samverkansavtal med landstingets beroendevård. Tre sjuksköterskor och en psykiater samverkar med Krukis/Örnsberg och är integrerade i verksamheten.

Verksamheten har samverkan med socialtjänst och kriminalvård vid inskrivning, uppföljning och utsluss av patienter. Krukis/Örnsberg har regelbundna möten med socialtjänsten och skriver en månadsrapport om de så önskar. Vid avvikelse och återfall ska behandlingsplanen revideras. Verksamheten har också en tät kontakt med socialtjänsten via e-post och telefon. Övrig samverkan sker utifrån klientens egna behov, ex på andra aktörer är kriminalvården, Löwenströmska sjukhuset och den rättspsykiatriska öppenvården.

Klienterna svarar i sina intervjuer att de tycker att samverkan sker utifrån deras behov. Ingen uttrycker att de saknar någon samverkanspartner.

De intervjuade socialsekreterarna är i stort nöjda med den samverkan som skett, även om den ene tar upp att det var svårt med samarbetet i början av behandlingen..

### **Länsstyrelsens bedömning**

Krukis har en kontinuerlig kontakt med socialtjänsten för planering och uppföljning av behandlingen utifrån klientens behov. Verksamheten samverkar med interna och externa aktörer i de fall verksamheten inte kan tillgodose klientens behov inom den egna verksamheten.

Samverkansavtalet med beroendevården är ett bra exempel på hur personer med komplexa vårdbehov kan få flera av sina behov tillgodosedda i samma verksamhet.

Länsstyrelsens bedömning är att Krukis/Örnsberg uppfyller lagstiftningen och dess intentioner när det gäller samverkan med andra aktörer.

